

AUTORIZACIÓN DE LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Rev. 1-15 (C)(H)

PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

MRN: _____

Por la presente, autorizo la entrega de la siguiente información protegida del individuo nombrado arriba:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas Progresivas | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica |
| <input type="checkbox"/> Registro de Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Informes de Alta | <input type="checkbox"/> Verificar Presencia |
| <input type="checkbox"/> Historia & Examen Físico | <input type="checkbox"/> Cooperación con tratamiento/asistencia |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Carta (explique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Radiografía | <input type="checkbox"/> Forma (explique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado de VIH | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |

Fecha Específica de Tratamiento: ____/____/____ Rango Específico de Fechas de Tratamiento: de: ____/____/____ a: ____/____/____

NO HABRÁ RESTRICCIÓN en esta entrega de información relacionada a los exámenes, los diagnósticos y/o el tratamiento de salud mental, alcohol y/o uso/abuso de sustancias, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual o condiciones relacionadas. Si desea, indique cuál información quiere que sea LIMITADA/RESTRINGIDA: _____

- Copia Electrónica Copia Impresa

De:	Para:
Nombre/Lugar: _____	Nombre/Lugar: _____
Contacto: _____	Contacto: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____	Teléfono: _____ Fax: _____

La información designada arriba se utilizará para los siguientes propósitos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Revisión de Caso | <input type="checkbox"/> Consulta Legal |
| <input type="checkbox"/> Continuar/evaluar tratamiento o programa | <input type="checkbox"/> Contacto Familiar/Pareja |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios | <input type="checkbox"/> Escuela/Guardería |
| <input type="checkbox"/> Determinar elegibilidad para beneficios/programas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Consecuencias de rechazar consentir, si aplican: _____

Esta autorización es válida hasta: _____
(Mes/Fecha/Año NO SUPERIOR A UN AÑO)

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al paciente: Sí mismo Padre/madre Tutor legal

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por proveer un aviso escrito al LCHD/CHC.

Revoco/termino esta autorización, vigente _____ Firma _____ Fecha: _____
(Fecha de Vigencia) (Firma del Cliente)

Entiendo que la información revelada como parte de esta autorización puede estar sujeta a la divulgación posterior y ya no estará protegida por la ley. Esta autorización se vencerá un (1) año después de la fecha de firmar, al menos que sea revocada antes por escrito, y por la presente libero al Departamento de Salud del Condado Lake y el Centro de Salud Comunitaria de cualquier responsabilidad por haber entregado esta información. Entiendo además que **la información entregada no puede ser divulgada de nuevo** a cualquier otra persona u organización sin mi consentimiento escrito. Esto es en conformidad con las Regulaciones Federales Regulando la Confidencialidad del Abuso de Alcohol y Drogas en expedientes de pacientes, como se nota en 42 CFR, Parte 2.32 (a), o en conformidad con el Acto de Salud Mental y Discapacidades en el Desarrollo de Illinois. Si decido aprobar la divulgación posterior de la información, entiendo que ya no estará protegida bajo la Ley de la Privacidad. Entiendo además que tengo el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de la información médica que se entregará y además recibir una copia de esta autorización. Entiendo además que puedo rechazar firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.

FOR OFFICE USE ONLY:	___ PICK-UP	___ MAIL	___ FAX
-----------------------------	-------------	----------	---------